

Vivencia de la sexualidad en el posparto: Percepciones y necesidades de salud de las mujeres

Lidia Saiz Sans

Tutora: Dra. Helena Viñas Llebot

Curso académico 2018-2019



ÍNDICE

Resumen.....	I
Abstract.....	II
1. Introducción	1
2. Objetivos.....	10
2.1. Objetivo general	10
2.2. Objetivos específicos	10
3. Metodología	11
3.1. Diseño de estudio	11
3.2. Ámbito del estudio.....	12
3.3. Participantes del estudio	12
3.4. Técnicas y procedimiento de obtención de información.....	14
3.5. Análisis de datos: tipo de análisis y programa informático	16
4. Aspectos éticos.....	17
5. Criterios de calidad y rigor	18
6. Dificultades y limitaciones.....	19
7. Aplicabilidad y utilidad práctica.	19
8. Presupuesto.....	20
9. Cronograma	20
10. Bibliografía	21
11. Anexos	28

Resumen

Objetivo general. Comprender la experiencia vivida de la sexualidad durante la etapa del posparto de las mujeres con atención en las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del área sanitaria del Garraf.

Ámbito de estudio. Unidades ASSIR del área sanitaria del Garraf de la provincia de Barcelona, pertenecientes al *Institut Català de la Salut* (ICS).

Metodología

Diseño. Estudio de metodología cualitativa basado en el método de la fenomenología hermenéutica.

Participantes. Mujeres que se encuentren en el período posparto, parejas de las púerperas y matronas que prestan atención en los ASSIR. Se utilizará la técnica de muestreo intencionado y teórico.

Instrumentos. Las técnicas de recogida de información serán las entrevistas en profundidad semi-estructuradas, los grupos de discusión y el diario de campo.

Análisis de datos. Se utilizará el análisis temático de contenido con el soporte del programa informático NVivo 12 Pro Windows.

Implicaciones para la práctica. El estudio de la vivencia de la sexualidad en el posparto aportará una mayor comprensión del fenómeno y, por tanto, posibilitará a las matronas una atención de salud sexual a las mujeres acorde con sus necesidades de salud.

Palabras clave. Puerperio, periodo posparto, sexualidad, salud sexual, matronas, metodología cualitativa.

Abstract

Objective. The purpose of this study is to understand how women experience their sexuality during the postpartum period in Sexual and Reproductive Attention units in the health area of Garraf.

Setting. The study will be carried out in sexual and reproductive health care units of Garraf health area in the province of Barcelona, belonging to the *Institut Català de la Salut* (ICS).

Methodology

Design. Qualitative methodology study following an approach based on the hermeneutical phenomenology.

Population. Women in postpartum period, couples of puerperal women and midwives from the sexual and reproductive health care units. The intentional technique of theoretical sampling will be used to select the participants.

Instruments. Depth semi-structured interviews, focus groups and field notes will be used to collect data.

Type of analysis. Thematic analysis will be performed using content analysis with the support of the NVivo 12 Pro Windows.

Implications for practice. The study of how women experience their sexuality will provide a better understanding of the phenomenon and it will make possible a sexual health care according to women's health needs by midwives.

Keywords. Puerperium, postpartum period, sexuality, sexual health, midwives, qualitative methodology.

1. INTRODUCCIÓN

El periodo posparto comporta un amplio espectro de cambios biológicos, psicológicos e interpersonales en los niveles físicos, cognitivo, emocional y conductual que influyen en la salud global de la mujer y, en concreto, en la vivencia de su sexualidad, lo que conlleva a la necesidad de prestar una atención significativa a su salud sexual durante esta etapa del ciclo vital.

Revisiones sistemáticas sobre el impacto del embarazo y el parto en los comportamientos sexuales (Hicks, Goodall, y Quattrone, 2004; Jawed-Wessel y Sevic, 2017), un metanálisis (Von Sydow, 1999), una revisión bibliográfica (Johnson, 2011) y diversos estudios destacan la importancia del abordaje de la sexualidad durante la etapa del puerperio o período posparto (Barrett et al., 2000; Bender, Sveinsdóttir, y Fridfinnsdóttir, 2018; Leeman y Rogers, 2012).

El puerperio se define como el período de tiempo transcurrido desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación. Su duración aproximada es de seis semanas y se caracteriza por la involución de las modificaciones anatomofisiológicas que se producen durante el embarazo y el parto, la instauración de la secreción láctea, el reajuste psicológico de la madre y el establecimiento de la relación padres e hijo (Seguranyes, 2002). Se divide en tres fases o etapas: el puerperio inmediato, el puerperio precoz y el puerperio tardío (Torrens y Martinez, 2009).

La sexualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) es definida como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual” (p. 5). Como fenómeno multidimensional, se encuentra influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales, educacionales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y/o espirituales.

Se experimenta y se expresa en todo lo que somos, como seres sexuados, a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas y en necesidades psicológicas relacionadas con el amor y el afecto en relaciones interpersonales, siendo vivida y expresada de diferentes maneras

según las características personales y la subjetividad de cada individuo (OMS, 2006; World Association for Sexual Health, 2008).

Antiguamente, la sexualidad estaba ligada a la salud reproductiva. Sin embargo, implica mucho más que el simple hecho de tener relaciones coitales o un fin reproductivo, por lo tanto, resulta esencial saber diferenciar el término de salud sexual (OMS, 2018).

La salud sexual comprende un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad; y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Para garantizar una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer los derechos sexuales de las personas, detallados, actualmente, en la Declaración y Documento Técnico de “Salud Sexual para el Milenio” y en la Declaración Universal de los Derechos Sexuales (OMS, 2018; World Association for Sexology, 1999; World Association for Sexual Health, 2008).

Durante las últimas cuatro décadas, ha habido un avance significativo en la comprensión de la respuesta sexual humana. Masters y Johnson, en 1966, sugirieron que el ciclo de la respuesta sexual humana sigue un modelo lineal que progresa a través de cuatro fases secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Anexo 1) (Masters, Johnson, y Kolodny, 1987). Posteriormente, en 1974, Kaplan (2014) modifica este modelo para incluir una fase inicial en la respuesta sexual, el deseo, este modelo se dividía en tres fases: deseo, excitación y orgasmo (Anexo 1). Schnarch (1991), propuso un modelo tridimensional de la respuesta sexual en el cual el deseo no es tan solo una fase previa, sino que precede y acompaña a la excitación y al orgasmo, incluso es posible mantener el deseo después o durante la fase de resolución (Anexo 1). Finalmente, Basson (2002) definió el modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina, introduciendo la idea de la intimidad emocional, necesaria para muchas mujeres y que conlleva a la activación de su propio deseo (Anexo 1).

La sexualidad durante la etapa del posparto está influenciada por cambios fisiológicos y psicosociales. En relación a los cambios fisiológicos, destacan las modificaciones hormonales como un descenso del estrógeno y de la

progesterona que resulta en una disminució de la lubricació vaginal, y un aumento de los niveles de prolactina durante la lactancia materna originando una sensibilidad mamaria (Lagaert, Weyers, Kerrebroeck, y Elaut, 2017); los resultados relacionados con el parto, como el tipo de parto, no son concluyentes (Hicks et al., 2004; Jawed-Wessel y Sevic, 2017), el trauma perineal o episiotomía (Signorello, Harlow, Chekos, y Repke, 2001) que a menudo conduce a la disfunción del suelo pélvico (Sobhgol, Priddis, Smith, y Dahlen, 2018), el dolor perineal o la dispareunia (Barrett et al., 2000) y el sangrado vaginal posparto (Glazener, 1997).

Respecto a la lactancia materna, ésta conlleva un estado de hiperprolactinemia fisiológica que junto a los cambios hormonales propios del posparto originan modificaciones en el epitelio vaginal, provocando una reducción de la lubricación; un retraso de cicatrización, si existe desgarro o episiotomía, comportando todo ello a una penetración más dificultosa y dolorosa. A su vez, la lactancia materna se relaciona con dispareunia, una reanudación tardía de la actividad sexual y una disminución del interés sexual (Abdool, Thakar, y Sultan, 2009; Lagaert et al., 2017; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018). Esta disminución del interés sexual está ligada al hecho de concebir sus pechos con un propósito dual, una visión erótica y de crianza (Hipp, Low, y Van Anders, 2012).

En cuanto a la dispareunia, es una realidad de hoy en día en el posparto. La *American College of Obstetricians and Gynecologists* estima que alrededor de un 50-60% de las mujeres a las 6-7 semanas después del parto, un 30% a los 3 meses, y un 17% a los 6 meses, la presentan (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018). Jawed-Wessel y Sevic concluyen que entre un 30 y 62% de las mujeres presentan dispareunia a las 12 semanas posparto (Jawed-Wessel y Sevic, 2017). Entre sus factores de riesgo, se encuentran: una historia previa de dispareunia (Lagaert et al., 2017), el tipo de parto, partos instrumentales, vacuum o fórceps (Hicks et al., 2004); el grado de desgarro perineal o episiotomía, desgarros de segundo, tercer y cuarto grado (Signorello, Harlow, Chekos, y Repke, 2001); y la técnica de sutura utilizada, siendo menor el dolor si se utiliza sutura de ácido poliglicólico (Leeman y Rogers, 2012).

Por otro lado, en relación a los cambios psicosociales durante esta etapa destacan el estrés, la fatiga o cansancio y la falta de sueño (Hipp et al., 2012) que son resultantes de la adaptación a un nuevo rol en el contexto familiar, como es el cuidado del recién nacido; la percepción por parte de las mujeres del cambio en la propia imagen corporal que en muchas de ellas origina una disminución del atractivo (Bender et al., 2018) y el miedo al dolor, a la infección de la cicatriz o a quedarse embarazadas de nuevo (Alligood-Percoco, Kjerulff, y Repke, 2016; Jawed-Wessel y Sevvick, 2017).

Un factor a destacar entre los cambios psicosociales es la tristeza posparto “baby blues” con una prevalencia entre el 26 y el 85% entre las puérperas (Barbadoro et al., 2012). En relación con la depresión posparto, con una prevalencia significativa entre el 10 y 15% (Barbadoro et al., 2012), y los efectos del tratamiento con antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN), se evidencia su influencia en la respuesta sexual femenina. Leeman y Rogers reportaron que un 40% de las mujeres que padecían depresión, presentaban cambios en el deseo, excitación y orgasmo, con una disminución en la reanudación de las relaciones coitales a las 8 y 12 semanas después del parto (Leeman y Rogers, 2012).

Todos estos cambios influyen en la relación sexual e íntima de sus parejas, sus relaciones interpersonales y en la calidad de vida y el bienestar de las mujeres (Olsson, Lundqvist, Faxelid, y Nissen, 2005; Skodic, 2015; Woolhouse, McDonald, y Brown, 2014). Barrett et al. (2000) determina en su estudio que el 83% de las mujeres presentaban problemas sexuales durante los tres primeros meses después del parto, disminuyendo al 64% a los 6 meses posparto.

En base a estos resultados, resulta evidente la importancia del abordaje de los problemas sexuales después del parto ya que su abordaje prevendrá la cronificación de disfunciones sexuales más allá del puerperio (Leeman y Rogers, 2012; Skodic, 2015). Leeman y Rogers identifican la disfunción sexual en el posparto, incluyendo la dispareunia, en un 41-83% de las mujeres entre los dos y tres meses después del parto (Leeman y Rogers, 2012).

Como se ha expuesto anteriormente, la literatura evidencia la influencia de todos estos cambios fisiológicos y psicosociales en la respuesta sexual femenina que

incluye el deseo, la excitación, el orgasmo, la satisfacción e intimidad física y emocional (Barrett et al., 2000; Connolly, Thorp, y Pahel, 2005; Hipp et al., 2012; Olsson et al., 2005).

En relación al deseo, Barret et al. (2000) reportó que el 53% de las mujeres, tres meses después del parto y el 37% a los 6 meses presentaron pérdida del deseo sexual, en comparación con un 9% en el año previo al embarazo. Masters y Johnson encontraron que las madres que amamantaban reportaron un mayor erotismo y un retorno más temprano en el deseo sexual que las madres que no amamantaban (Masters et al., 1987). Posteriormente, se evidenciaron controversias en los estudios de si los efectos de la lactancia están asociados a un alto deseo sexual (Johnson, 2011). Por otro lado, se conoce que propiciar momentos de intimidad física y emocional con la pareja influyen en experiencias de alto deseo sexual tras el parto (Olsson et al., 2005).

Entre los factores de riesgo que se han visto relacionados con una disminución de la excitación sexual durante el puerperio se incluyen una reducción de la vasodilatación genital fisiológica, expectativas de una experiencia negativa del parto, la episiotomía (Rosen, Brown, Heiman, Leiblum y Ferguson, 2000), el goteo de leche durante la excitación sexual (Ortiz, Garcia y Colldeforns, 2010), distracciones, ansiedad sexual, fatiga y la depresión (Abdool et al., 2009).

La dificultad para conseguir el orgasmo es presente durante el puerperio, se estima que su nivel previo al embarazo, retorna alrededor de los tres y seis meses después del parto (Bitzer y Alder, 2015). La proporción de mujeres experimentando el orgasmo fue del 39%, 60% y 61% a las seis semanas, doce semanas y veinticuatro semanas posparto (Connolly et al., 2005).

A su vez, también existe una reducción en la satisfacción emocional y sexual en el periodo posnatal. Woolhouse indica como la satisfacción emocional con las relaciones íntimas cae del 87% al final del embarazo, al 68% a los tres meses posparto y al 53% a los cuatro años posparto (Woolhouse et al., 2014). La satisfacción emocional y sexual se encuentran correlacionadas, repercutiendo en la frecuencia sexual, deseo y placer, presentando cifras menores si predomina la insatisfacción (De Judicibus y McCabe, 2002; Hipp et al., 2012; McDonald, Woolhouse, y Brown, 2017).

El apoyo de la pareja se asocia a mayor placer sexual (Mcdonald et al., 2017), por lo tanto, se debe propiciar la intimidad física y emocional de la pareja, remarcando la importancia de una buena comunicación entre ellos y fomentando encuentros íntimos que les ayude a expresar sus necesidades y sentimientos (Bender et al., 2018).

Por otro lado, la literatura refleja cómo influye el periodo posparto en los comportamientos o relaciones sexuales de las mujeres (Jawed-Wessel y Sevic, 2017). Las relaciones sexuales, según la Encuesta Nacional de Salud Sexual, se definen como el conjunto de prácticas que realizan dos o más personas, de igual o diferente sexo, con la finalidad de obtener placer sexual que no tiene por qué incluir el coito, ni concluir con el orgasmo (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

En relación al coito, Jawed-Wessel y Sevic concluyen que el tiempo promedio de reanudación del coito se sitúa en las seis y ocho semanas después del parto siendo del 78% al 90% las mujeres que reanudan el coito vaginal a las doce semanas posparto. No será hasta el periodo comprendido entre los seis y doce meses cuando la frecuencia sexual será similar a la sexualidad previa al embarazo (Jawed-Wessel y Sevic, 2017). Factores como la recuperación física y psicológica de la mujer, su cultura y la demanda sexual de la pareja influyen en la reanudación de las relaciones sexuales (Acele y Karaçam, 2011).

Referente a los comportamientos sexuales no coitales, como la felación, el cunnilingus y la masturbación, Von Sydow afirmó que éstos se reanudan alrededor de las 2.7 semanas después del parto (Von Sydow, 1999). Una revisión sistemática más reciente, concluye que muy pocas parejas informan practicarlos dentro de las cuatro semanas posparto (Jawed-Wessel y Sevic, 2017).

Hipp destacó la práctica de felación (56%), masturbación (40%) y cunnilingus (20%) entre las mujeres antes de las seis semanas posparto. La masturbación se ha visto relacionada con índices de placer sexual más altos en comparación con las actividades sexuales en pareja, lo que indica una necesidad de intimidad por parte de la mujer. Por otro lado, la práctica del cunnilingus está ligada a la

autoconciencia genital, muchas veces negativizada por parte de la mujer, de ahí su reanudación posterior (Hipp et al., 2012).

Diversos estudios han evidenciado el poco reconocimiento de los/las profesionales de la salud en los cambios en la salud sexual y su influencia en las relaciones personales durante el posparto. La evidencia científica muestra que son pocas las mujeres que reciben asesoramiento. Barret et al., (2000) mostraron que solo un 18% de las mujeres recibieron asesoramiento sobre posibles cambios en su respuesta sexual después del parto por los/las profesionales sanitarios. Entre las barreras sobre su abordaje se encuentran la sensibilidad y complejidad del tema, la falta de tiempo en las consultas y la falta de formación y de información en sexualidad (Olsson, Robertson, Falk, y Nissen, 2011).

Las mujeres y sus parejas remarcan la necesidad de poder expresar sus preocupaciones durante el posparto, lo que les permitirá sentirse más seguras ante los cambios que deberán afrontar (Schlagintweit, Bailey, y Rosen, 2016). Por otro lado, las mujeres también presentan barreras en el momento de comentar este problema como la vergüenza, la falta de confianza, el temor a la falta de empatía por los profesionales o el pensar que el problema se solucionará espontáneamente (Khajehei y Doherty, 2018; Woolhouse et al., 2014).

Entre las inquietudes sexuales más frecuentes entre las parejas se incluyen las preocupaciones sobre cuando reanudar el coito con seguridad, cuando iniciar el uso de métodos anticonceptivos, el impacto de la recuperación física del parto en la sexualidad, cambios en la imagen corporal tras el parto y discrepancias en el deseo sexual (Jawed-Wessel y Sevic, 2017; Schlagintweit et al., 2016).

El interés en esta área de investigación surge de la necesidad de comprender cómo viven la sexualidad las mujeres durante la etapa del posparto y cuál es el significado que atribuyen a su salud sexual.

Las experiencias entorno a la sexualidad durante la etapa del posparto han sido menos estudiadas en relación con la sexualidad durante el embarazo. Además, en la revisión de la literatura, se ha evidenciado una escasez de estudios realizados desde la perspectiva cualitativa en esta área de investigación (Bender et al., 2018; Khajehei y Doherty, 2018; Martínez-Martínez, Arnau, Salmerón,

Velandrino, y Martínez, 2017; Mbekenga, Pembe, Darj, Christensson, y Olsson, 2013; Nerbøvik, Løvland, y Dahl, 2019; Olsson et al., 2005); siendo, por otro lado, los estudios con una metodología cuantitativa los predominantes en esta área de interés donde se evalúa la función sexual con el uso de cuestionarios, como la *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Rosen, 2000).

A partir de una concepción de la sexualidad como función sexual ligada a la genitalización y al coitocentrismo se propone explorar otras visiones y comprender la vivencia de la sexualidad desde la perspectiva de las mujeres durante la etapa del posparto. La atención a la salud sexual es un derecho humano, concretamente sexual y reproductivo, y debe ser garantizado por los/las profesionales de la salud, especialmente, por las matronas durante el posparto.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) afirma que las matronas son el profesional de referencia para proporcionar orientación e información sobre salud sexual y reproductiva a las mujeres, familias y a la sociedad (International Confederation of Midwives, 2018). La Organización Mundial de la Salud, en su guía *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care*, identifica la etapa del puerperio como una oportunidad idónea para abordar la salud sexual de las mujeres (OMS, 2015).

En España, la Estrategia Nacional de la Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) y la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y el Puerperio destacan entre sus líneas estratégicas el proporcionar información, asesoramiento y asistencia en el puerperio sobre cualquier aspecto de la sexualidad, promoviendo espacios de encuentro y reflexión, lo que implicará una mejora en la calidad de los servicios sanitarios (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2011, 2014).

En Cataluña, la Cartera de Servicios de las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Apoyo a la Atención Primaria incluye todo aquel conjunto de actividades asistenciales, informativas y educativas en relación con la salud sexual y reproductiva llevadas a cabo por las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Entre ellas, destaca el asesoramiento afectivo y sexual en el puerperio por las matronas como profesional de referencia (Departament de Salut, 2007).

Entender cómo viven, sienten y perciben las mujeres su sexualidad, así como comprender sus necesidades de salud, proporcionará herramientas para elaborar estrategias de promoción y prevención de salud sexual. Del mismo modo, desvelar cómo perciben las matronas la atención de salud sexual a la puérpera, ayudará a dichas profesionales a abordar esta situación, conocer las creencias populares, los mitos y los tabúes y proporcionar atención y soluciones durante el cuidado posparto, que, al mismo tiempo, influirán en la atención a las mujeres y a sus parejas.

Por lo tanto, a partir de estos supuestos se plantean las siguientes preguntas que guiarán la investigación:

¿Cómo vive la mujer la sexualidad durante la etapa del posparto?

¿Cuál es el significado de la relación matrona-puérpera en la atención de salud sexual?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Comprender la experiencia vivida de la sexualidad durante la etapa del posparto, de las mujeres con atención en las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del área sanitaria del Garraf.

2.2. Objetivos específicos

- Explorar el impacto de los cambios fisiológicos y psicosociales en la vivencia sexual y afectiva/emocional de las mujeres.
- Explorar la percepción de la vivencia de la sexualidad de la mujer desde la perspectiva de las parejas.
- Dilucidar las preocupaciones que las puérperas presentan en relación con su salud sexual.
- Identificar la percepción de las matronas con relación a las necesidades de atención de salud sexual de las mujeres.

3. METODOLOGÍA

Cada persona vive su propia sexualidad, por lo tanto, podemos decir que ésta es subjetiva existiendo diferentes realidades y percepciones de sexualidades influenciadas por valores personales, sociales y culturales. Desde esta perspectiva, el presente proyecto de investigación, propone utilizar un enfoque de metodología cualitativa desde el paradigma del constructivismo entendiendo que hay múltiples realidades subjetivas sobre un fenómeno, construidas de manera local y específica, propias de cada individuo y que están vinculadas a los contextos y a las interpretaciones que de ellos se hacen (De la Cuesta, 1997).

En el ámbito de la salud, la metodología cualitativa posee una orientación holística y concretizada (Ruiz, 2012). Este tipo de metodología se caracteriza por ser un proceso inductivo, es decir, la investigadora principal deberá aproximarse a las participantes del estudio, puérperas, parejas y matronas para poder comprender, según su posicionamiento, el significado que atribuyen a la vivencia de la sexualidad durante la etapa del posparto. Aproximarnos a sus realidades, nos permitirá comprender e interpretar en profundidad las realidades complejas y diversas desde la mirada del propio protagonista (Delgado y Icart, 2012).

La investigación cualitativa es el método de elección idóneo en nuestro estudio ya que busca dar voz a los participantes, a través del uso del lenguaje y su capacidad de simbolización, lo que les permite mostrar su propia verdad y sus experiencias entorno a la sexualidad durante el posparto.

3.1. Diseño de estudio

El diseño del presente proyecto de investigación está basado en el método de la Fenomenología hermenéutica interpretativa de Heidegger (1989), metodología filosófica que pretende descubrir el significado del ser (entes) o existencia de los seres humanos (fenómenos) a partir de la descripción y comprensión de sus experiencias vividas y cotidianas (Barbera y Inciarte, 2012).

Heidegger destacó la idea de “estar y ser en el mundo” a partir del término *Dasein* (Ramírez, Cárdenas, y Rodríguez, 2015). Un mayor acercamiento a las participantes del estudio, interactuando con ellas y comprendiendo su vivencia de la sexualidad durante la etapa del posparto a partir de sus propias palabras, permitirá explicar los significados contenidos en las experiencias vividas, los

cuales no se pueden contar o medir, sino que es necesario comprenderlos a través de su interpretación.

3.2. Ámbito del estudio

El estudio se realizará en las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del área sanitaria del Garraf que tienen como hospital de referencia el Hospital Residencia Sant Camil de Sant Pere de Ribes, perteneciente al Consorcio Sanitario del Alt Penedés y Garraf (CSAPG).

El Consorcio Sanitario del Alt-Penedés y Garraf (CSAPG), constituido a partir del 1 de abril de 2019, corresponde al Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). En el año 2018, el número total de partos asistidos en el Hospital Residencia Sant Camil fue de 647. Posteriormente, las mujeres son derivadas para la atención posparto a las unidades ASSIR pertenecientes al área sanitaria del Garraf. Estas unidades están gestionadas por el Instituto Catalán de la Salud (ICS) e incluyen el ASSIR de Josep Bertran y Miret y el ASSIR de Roquetes (Sant Pere de Ribes), ASSIR de Sitges, ASSIR Jaume I (Vilanova i la Geltrú) y ASSIR de Cubelles.

3.3. Participantes del estudio

La población de estudio será:

- Las mujeres que se encuentren en el período posparto con atención a la salud sexual en las unidades ASSIR.
- Las parejas de las mujeres que se encuentren en el período posparto.
- Las matronas que proporcionen atención sanitaria a las mujeres durante el posparto en las unidades ASSIR.

3.3.1. Características de las participantes

Como criterio de inclusión, el perfil de las participantes en el estudio será aquellas puérperas con atención a la salud sexual en las unidades ASSIR del área sanitaria del Garraf que se encuentren dentro de las 12 semanas posparto. El motivo para elegir el período establecido se encuentra justificado por: en primer lugar, el periodo puerperal es el periodo que inmediatamente sigue al parto y que dura aproximadamente unas 6-8 semanas, entendiendo el concepto posparto como un periodo que comprende mucho más tiempo; en segundo lugar,

Jawed-Wessel y Sevicke evidencian que del 78 al 90% de las mujeres reanudan el coito vaginal a las 12 semanas posparto y que entre un 30 y 62% de las mujeres presentan dispareunia alrededor de estas semanas (Jawed-Wessel y Sevicke, 2017).

Se incluirán en el estudio aquellas parejas con independencia del género y de la orientación sexual. Referente a las matronas, se incluirán aquellas que presten atención a la salud sexual en el posparto en las unidades ASSIR del área sanitaria del Garraf.

Como criterios de exclusión en el estudio se encuentran aquellas puérperas o parejas con edad inferior a 18 años, que presenten problemas físicos o psíquicos que les impidan colaborar o que presenten algún problema de salud relacionado con el hijo/hija (muerte perinatal y/o neonatal o que se encuentre ingresado). Otros criterios de exclusión serán la barrera idiomática, es decir, aquellas mujeres o parejas que no comprendan la lengua catalana o española; o que no hayan firmado el consentimiento informado.

3.3.2. Técnica de muestreo

Se utilizará la técnica de muestreo intencional de tipo teórico. Este tipo de muestreo se caracteriza por su gran apertura y flexibilidad (Flick, 2015). Se ha escogido este tipo de muestreo ya que a medida que transcurrirá el proceso de recogida y análisis de información, nos permitirá seleccionar aquellas puérperas, parejas o matronas que nos permitan explorar con mayor profundidad diferentes temáticas acordes a los objetivos o pregunta de investigación. Este tipo de muestreo da importancia y prioridad a profundizar y recoger toda aquella información más relevante que pueda aportar una mayor calidad y riqueza al fenómeno del estudio (Ruiz, 2012).

Por lo tanto, la captación de participantes se considerará suficiente cuando la recogida de datos y su análisis alcancen el nivel de saturación teórica. Se denomina saturación teórica cuando la información que se obtiene y analiza a partir de las entrevistas o grupos de discusión no origine nuevos conceptos y categorías y, por lo tanto, no aporte información novedosa al estudio (Ruiz, 2012).

3.3.3. Reclutamiento

Una vez obtenida la conformidad y la aprobación de las coordinadoras de las unidades ASSIR, se convocará una reunión dirigida a las matronas en donde la investigadora principal informará sobre el estudio y les invitará a participar en él.

La captación de las participantes en el estudio, puérperas y parejas, se llevará a cabo por las matronas en las respectivas unidades ASSIR durante la visita de control del puerperio y en los grupos de educación sanitaria en el posparto. Durante esta visita, las matronas proporcionarán información sobre el estudio, en qué consistirá y cuál es su finalidad, mostrándoles la importancia de su participación.

Se les informará que el estudio consistirá en llevar a cabo entrevistas en profundidad y grupos de discusión alrededor de la semana 12 de posparto. La hoja de información del estudio (Anexo 2) incluirá un correo electrónico de contacto donde las puérperas o parejas interesadas en participar podrán confirmar su participación aportando su teléfono de contacto.

Una vez confirmada la participación, la entrevista o grupo de discusión se programará según la disponibilidad de las madres, parejas o matronas alrededor de las 12 semanas posparto. Previo a la entrevista y al grupo de discusión, la investigadora principal realizará una llamada de recordatorio para verificar su participación, indicando el lugar, el día, la hora y la duración.

3.4. Técnicas y procedimiento de obtención de información

Las técnicas de recogida de información que se emplearán serán: las entrevistas en profundidad semi-estructuradas, los grupos de discusión y el diario de campo.

Las entrevistas en profundidad se definen como encuentros cara a cara, entre el investigador y los informantes, que están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1992). Se han escogido como método más idóneo para explorar el significado que las puérperas atribuyen a la vivencia de su sexualidad ya que permitirán profundizar de manera mucho más íntima y privada en aspectos clave sobre sus necesidades de salud.

Las entrevistas en profundidad serán llevadas a cabo por la investigadora principal alrededor de las 12 semanas del posparto y tendrán una duración aproximada de entre 45 y 60 minutos. Debido a la adaptación de las puérperas a un nuevo rol, como es el cuidado del bebé, y con el fin de garantizar su privacidad, se facilitará a las puérperas que el día, lugar y hora de la entrevista sea escogido libremente por ellas.

Antes de empezar, deberán otorgar su consentimiento a través de la hoja informativa para la participación en el estudio (Anexo 2) y el consentimiento informado (Anexo 3), garantizándoles la confidencialidad y el anonimato en su participación. Seguidamente, se recogerán los datos sociodemográficos, obstétricos y de pareja de cada puérpera (Anexo 4).

La entrevista será de tipo semi-estructurada, con un guion de preguntas abiertas y basada en los objetivos del estudio (Anexo 5). Se caracterizará por ser no directiva, poco estructurada y exenta de estandarización. La investigadora principal será la responsable de propiciar un clima de confianza, sin emitir juicios al respecto y adoptando una escucha activa durante los discursos (Pedraz, Zarco, Ramasco, y Palmar, 2014).

Los grupos de discusión se llevarán a cabo con las parejas de las puérperas y con las matronas pertenecientes a las unidades ASSIR.

Los grupos de discusión (GD) se definen como una técnica no directiva que tiene por finalidad la producción controlada de un discurso por parte de un grupo de sujetos que son reunidos, durante un espacio de tiempo limitado, a fin de debatir sobre determinado tópico propuesto por el investigador (Gil, 1992).

El GD con las parejas se realizará con el propósito de obtener información sobre su percepción de la vivencia de la sexualidad de las mujeres. Por otro lado, el GD de las matronas tendrá el objetivo de detectar su percepción sobre las necesidades de salud de la vivencia de la sexualidad de las mujeres.

Los GD permitirán la integración grupal, garantizando riqueza y variedad en la información, estarán formados entre 5 a 8 participantes que deberán cumplir unos criterios de homogeneidad y de heterogeneidad (Gil, 1992).

Su duración aproximada será de entre 60 y 90 minutos y se llevarán a cabo en un espacio sin ruidos y neutro para todas las participantes, éste será en una sala de reuniones de uno de los ASSIR.

En el grupo de discusión intervendrán dos investigadores, uno de ellos hará la función de moderador, investigadora principal, y el otro, de observador. Se encuentran detalladas las funciones de ambos investigadores y la guía de temas a desarrollar en los grupos de discusión en el Anexo 6.

Para la recogida de datos de las entrevistas en profundidad y grupos de discusión se utilizarán grabadoras digitales de audio y el diario de campo (Anexo 7).

3.5. Análisis de datos: tipo de análisis y programa informático

Para la organización, procesamiento y análisis de la información se utilizará el análisis temático a partir del método de análisis de contenido. Consiste en identificar, codificar y categorizar a nivel sintáctico, semántico y pragmático aquellos ejes de significado presentes en los discursos de los participantes con la finalidad de interpretarlos y poder acceder al significado oculto de los mismos (Gil et al., 2002). El análisis de la información seguirá un proceso continuo y circular, pudiendo emerger nuevas categorías, y regido por el concepto de saturación teórica.

Dicho análisis debe ser sistemático. Seguirá una secuencia y un orden establecido que se resume en los siguientes pasos: obtener la información; capturar, transcribir y ordenar la información; y, codificar e integrar la información (Fernández, 2006).

Las etapas genéricas del análisis se realizará en varias fases: fase de descubrimiento, fase de análisis y fase de verificación e interpretación. Durante la fase de descubrimiento la investigadora principal será la encargada de transcribir textualmente las entrevistas y grupos de discusión y de realizar una lectura en profundidad donde se obtendrán aquellas ideas y reflexiones principales de la información que sean acordes a los objetivos y pregunta de investigación. Seguidamente, se llevará a cabo la fase de análisis que incluye el proceso de codificación o categorización. En esta fase, aquellas palabras, frases o párrafos acordes a los objetivos de investigación obtendrán un código, nombre

o etiqueta de significado. A continuación, tendrá lugar la categorización donde se reagruparan todos aquellos códigos o etiquetas que compartan un mismo significado llegándose a identificar aquellos temas representativos del estudio. Esta fase será llevada a cabo por la investigadora principal junto con la colaboración de otro investigador. Finalmente, se llevará a cabo la fase de verificación, donde los datos serán interpretados por dos investigadores externos al estudio y por los propios participantes (Delgado y Icart, 2012).

El análisis de los datos se llevará a cabo con el soporte del programa informático NVivo 12 Pro Windows.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitará el consentimiento informado a los participantes del estudio proporcionándoles por escrito toda la documentación necesaria con tal de firmarlo libremente manifestando su voluntad de participar (Anexo 2 y 3).

Se informará a los participantes sobre distintos aspectos, entre los que destacamos las finalidades del estudio, la metodología empleada, el uso de grabadoras durante la recogida de datos, cómo se empleará la información obtenida, garantizando siempre la máxima confidencialidad, seguridad y anonimato de los datos. Con tal de garantizar su anonimato se le asignará un número a cada una de los participantes.

Los participantes en el estudio recibirán una copia de los documentos firmados y podrán revocar dichos consentimientos siempre que lo crean conveniente.

Será necesario seguir los principios de la Ley de protección de datos de carácter personal vigente (Ley 3/2018) así como las directrices de los principios del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y del informe de Belmont donde destacan los principios de beneficencia respeto a la dignidad humana y justicia.

Antes de la realización del estudio se solicitará la autorización al Comité de Ética y de Investigación Clínica (CEIC) y a la Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol y Gurina (IDIAPJGol).

5. CRITERIOS DE CALIDAD Y RIGOR

Con la finalidad de asegurar la calidad del proyecto de investigación, se seguirán los criterios de calidad y rigor propuestos por Lincoln y Guba (1990) que pretenden alcanzar la confiabilidad del estudio y se basan en la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad.

Para garantizar el criterio de credibilidad, la investigadora describirá su propio posicionamiento en relación a los comportamientos y experiencias de los participantes. A su vez, con el objetivo de comprobar la veracidad de la información obtenida durante los discursos de las puérperas y conseguir reflejar el significado exacto de sus palabras, una vez transcritas textualmente las entrevistas, se compartirá con las participantes de la investigación.

Dentro de este criterio, se destaca el uso de la triangulación que ayudará a conseguir la confiabilidad y la autenticidad en el estudio (Ruiz, 2012). Se llevará a cabo una triangulación de métodos, a partir del uso de las entrevistas en profundidad, los grupos de discusión y el diario de campo; de fuentes de información, puérperas, parejas y matronas; y, de investigadores.

En relación a la transferibilidad, se utilizará la técnica de muestreo intencional y teórico y se realizará una descripción exhaustiva de las características del contexto y de las participantes donde el fenómeno será estudiado con el objetivo de poder transferir los descubrimientos del estudio a contextos similares.

Referente al criterio de dependencia, éste será garantizado a través de una descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de la información.

Finalmente, procedimientos como el resguardo de las notas del diario de campo, las grabaciones y las transcripciones textuales de las entrevistas o grupos de discusión respaldarán el análisis e interpretación de la información garantizando la credibilidad y confirmabilidad del estudio.

Por otro lado, durante la elaboración de la investigación y de forma continuada, se tendrá en cuenta el criterio de reflexividad, es decir, la consciencia autocrítica de la investigadora (Calderón, 2002).

Además, como criterio de rigor se destaca que las investigadoras del estudio habrán realizado formación en técnicas de entrevista, manejo de grupos de discusión y en comunicación lo que será valioso para la recogida, análisis e interpretación de la información.

6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Entre las posibles limitaciones que pueden surgir en la elaboración del estudio, la dificultad de mantener la motivación y participación de los participantes podría ser uno de los mayores inconvenientes del estudio.

Una de las principales dificultades que influirán en el reclutamiento de participantes es la incomodidad que algunos de ellos pueden presentar al hablar sobre su sexualidad ya que pueden considerar que su vida sexual no debe ser compartida. Esta dificultad, hará que entre las limitaciones del estudio se encuentre la participación única de aquellos que se sientan más cómodos al hablar sobre sexualidad.

Tanto en la entrevista en profundidad como en los grupos de discusión podría ser que el discutir la sexualidad abiertamente y saber que sus respuestas están siendo grabadas, cohiba a los participantes en su expresión de ideas llegando a no reflejar su situación real.

A su vez, el recopilar detalles sobre experiencias sexuales pasadas de las mujeres, puede evidenciar un sesgo de memoria por el tiempo transcurrido.

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA.

El presente proyecto de investigación enfatiza la importancia que adquiere destinar investigaciones sobre el abordaje holístico de la salud sexual de las mujeres durante la etapa del puerperio.

El uso de la metodología cualitativa, a través de la experiencia subjetiva de las púerperas y la visión de las parejas, permitirá comprender cómo viven su sexualidad entendiendo las emociones y preocupaciones que presentan, aportando una mayor comprensión de la sexualidad en el posparto y de su influencia en la calidad de vida y en el bienestar de las mujeres y sus parejas. A su vez, permitirá identificar si existen factores de riesgo que influyan en la salud

sexual de las mujeres en el posparto y que su modificación logre mejorar la práctica clínica.

El estudio busca sensibilizar a las matronas, como profesionales de referencia en la salud sexual y reproductiva, de la necesidad de aprovechar la oportunidad del periodo del puerperio para brindar educación y asesoramiento sobre sexualidad a las mujeres. A su vez, permitirá desarrollar estrategias de atención a la salud sexual para las matronas acorde a las necesidades de las mujeres.

La puesta en marcha del presente proyecto de investigación podría ser una excelente oportunidad para elaborar materiales de formación para matronas. A su vez, podría justificar la necesidad de crear estrategias de valoración de las manifestaciones sexuales, una consulta de atención a la salud sexual para matronas o grupos de apoyo durante el puerperio entorno a la sexualidad.

8. PRESUPUESTO

El total del presupuesto del proyecto de investigación es de 4.709€ (Anexo 8).

9. CRONOGRAMA

La duración del estudio tendrá una duración aproximada de 3 años (Anexo 9).

10. BIBLIOGRAFIA

- Abdool, Z., Thakar, R., y Sultan, A. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 145, 133–137. doi:10.1016/j.ejogrb.2009.04.014
- Acele, E., y Karaçam, Z. (2011). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*, (21), 929–937. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x
- Alligood-Percoco, N., Kjerulff, K., y Repke, J. (2016). Risk factors for dyspareunia after first childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 128(3), 512–518. doi:10.1097/AOG.0000000000001590.Risk
- Barbadoro, P., Cotichelli, G., Chiatti, C., Simonetti, M. L., Marigliano, A., Di Stanislao, F., y Prospero, E. (2012). Socio-Economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period socio-economic determinants. *Women and Health*, (52), 352–368. doi:10.1080/03630242.2012.674090
- Barbera, N., y Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199–205.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., y Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(2), 186–195.
- Basson, R. (2002). Women's Sexual Desire - Disordered or Misunderstood? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(s), 17–28.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327–1333.
- Bender, S., Sveinsdóttir, E., y Fridfinnsdóttir, H. (2018). "You stop thinking about yourself as a woman". An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery*, 62, 14–19. doi:10.1016/j.midw.2018.03.009

- Bitzer, J., y Alder, J. (2015). Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25(1), 49–57. doi:10.1080/01614576.2000.11074329
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473–482.
- Connolly, A., Thorp, J., y Pahl, L. (2005). Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *International Urogynecology Journal*, (16), 263–267. doi:10.1007/s00192-005-1293-6
- De Judicibus, M., y McCabe, M. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research*, 39(2), 94–103.
- De la Cuesta, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 15(2).
- Delgado, M. P., y Icart, M. T. (2012). Capítulo III: Fases de la Investigación Cualitativa. En *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis* (pp. 31–42). Barcelona.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2007). *Cartera de Servicios de las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Apoyo a la Atención Primaria*. Barcelona. Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Salut-sexual-reproductiva/Model_cartera_de_serveis/Anexo-2_Cartera-servicios-ASSIR-cast1.pdf
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*, (Ficha 7), 1–13. Recuperado de <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Gil, J. (1992). La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza & Teaching. Revista interuniversitaria de didáctica*, (10-11), 199-212.
- Gil, E., Conti, F., Pinzón, S., Prieto, M., Solas, O., y Cruz, M. (2002). El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index de Enfermería*, 36–37. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_24-28.php
- Glazener, C. (1997). Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 330–335.
- Gómez, J. (1995). El deseo sexual y sus trastornos: aproximación conceptual y etiológica. *Anuario de Sexología*, (1), 45–66. Recuperado de <https://sexologiaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a1-4-gomez.pdf>
- Hicks, T., Goodall, S., y Quattrone, E. (2004). Postpartum Sexual Functioning and Method of Delivery: Summary of the Evidence. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(5), 430–436. doi:10.1016/j.jmwh.2004.04.007
- Hipp, L., Low, L., y Van Anders, S. (2012). Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. *Journal of Sexual Medicine*, (9), 2330–2341. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x
- International Confederation of Midwives. (2018). ICM Definitions. Recuperado de <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Jawed-Wessel, S., y Sevic, E. (2017). The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *The Journal of Sex Research*, 54(4–5), 411–423. doi:10.1080/00224499.2016.1274715
- Johnson, C. E. (2011). Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum. *Journal of Sexual Medicine*, (8), 1267–1284. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x

- Kaplan, H. S. (2014). *La nueva terapia sexual*. (A. Editorial, Ed.) (3ª edición). Madrid.
- Khajehei, M., y Doherty, M. (2018). Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey. *British Journal of Midwifery*, 26(5), 318–328.
- Lagaert, L., Weyers, S., Kerrebroeck, H., y Elaut, E. (2017). Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 22, 200–206. doi:10.1080/13625187.2017.1315938
- Leeman, L., y Rogers, R. (2012). Sex after childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 3(119), 647–655.
- Lincoln, Y., y Guba, E. (1990). *Naturalistic Inquiry* (7a edición). Sage.
- Martínez-Martínez, A., Arnau, J., Salmerón, J. A., Velandrino, A. P., y Martínez, M. (2017). The sexual function of women during puerperium: a qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(2), 181–194. Recuperado de doi:10.1080/14681994.2016.1263389%0A
- Masters, H., Johnson, V., y Kolodny, R. (1987). *La sexualidad humana. Vol. 1. La dimensión biológica*. (Grijalbo, Ed.). Barcelona.
- Mbekenga, C., Pembe, A., Darj, E., Christensson, K., y Olsson, P. (2013). Prolonged sexual abstinence after childbirth: gendered norms and perceived family health risks. Focus group discussions in a Tanzanian suburb. *BMC International Health and Human Rights*, 13(4), 1–11.
- Mcdonald, E., Woolhouse, H., y Brown, S. (2017). Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*, 55, 60–66. doi:10.1016/j.midw.2017.09.002
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/E_NSSR.pdf

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Recuperado de http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf
- Nerbøvik, M., Løvland, M., y Dahl, B. (2019). First-time parents' experiences of proximity and intimacy after childbirth – A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, (20), 66–71. doi:10.1016/j.srhc.2019.03.003
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., y Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth : focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (19), 381–387.
- Olsson, A., Robertson, E., Falk, K., y Nissen, E. (2011). Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery*, 27, 195–202. doi:10.1016/j.midw.2009.04.003
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential practice - 3a edición. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>

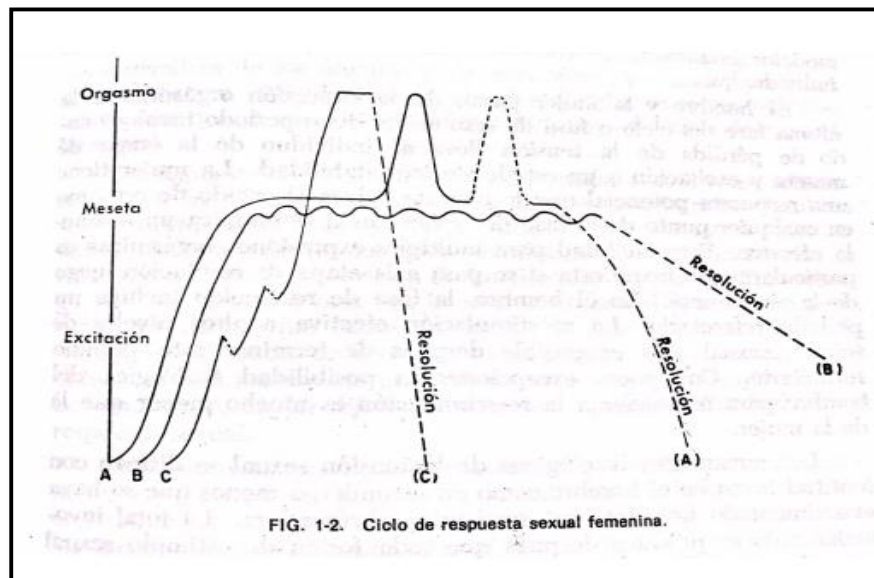
- Ortiz, M., Garcia, S., y Colldeforns, M. (2010). Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Profesión*, 11(2), 45–52.
- Pedraz, A., Zarco, J., Ramasco, M., y Palmar, A. (2014). *Investigación Cualitativa*. Barcelona, España: Elsevier.
- Ramirez, M., Cárdenas, M., y Rodríguez, S. (2015). El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 144–151.
- Rosen, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, (26), 191–208.
- Ruiz-Olabuénaga, J. L. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5a edición). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Saz, M. A. (2018). *Impacto de la enfermedad oncológica infantil: Percepción de las familias y de las enfermeras* (Tesis doctoral). Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/126968/1/MASR_TESIS.pdf
- Schlagintweit, H. E., Bailey, K., y Rosen, N. O. (2016). A New Baby in the Bedroom: Frequency and Severity of Postpartum Sexual Concerns and Their Associations With Relationship Satisfaction in New Parent Couples. *The Journal of Sexual Medicine*, (13), 1455–1465. doi:10.1016/j.jsxm.2016.08.006
- Schnarch, H. D. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. (N. W. Worton y Company, Ed.). New York.
- Seguranyes, G. (2002). *Enfermería Maternal*. Barcelona: Masson.
- Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., y Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (184), 881–890. doi:10.1067/mob.2001.113855

- Skodic, T. (2015). Sexual Activity during Pregnancy in Childbirth and after Childbirth. En *Sexology in Midwifery* (pp. 87–115). Recuperado de doi:10.5772/59496%0A
- Sobhgol, S. S., Priddis, H., Smith, C. A., y Dahlen, H. G. (2018). The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise on Female Sexual Function During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*, 1–6. doi:10.1016/j.sxmr.2018.08.002
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1992). La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. (pp. 100–132). España: Paidós.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Postpartum Complications. In *ACOG Postpartum Toolkit* (pp. 1–6).
- Torrens, R., y Martinez, C. (2009). *Enfermería de la mujer*. (D. A. de Enfermería, Ed.). Madrid: DAE.
- Viñas, H. (2018). *Necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció de la salut sexual de la dona* (Tesis doctoral). Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/128903/1/MHVL_TESI.pdf
- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27–49.
- Woolhouse, H., McDonald, E., y Brown, S. J. (2014). Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Australian Journal of Primary Health*, (20), 298–304.
- World Association for Sexology. (1999). *Declaración Universal de los Derechos Sexuales*. Hong Kong.
- World Association for Sexual Health. (2008). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico*. Minneapolis, MN, Usa.

11. ANEXOS

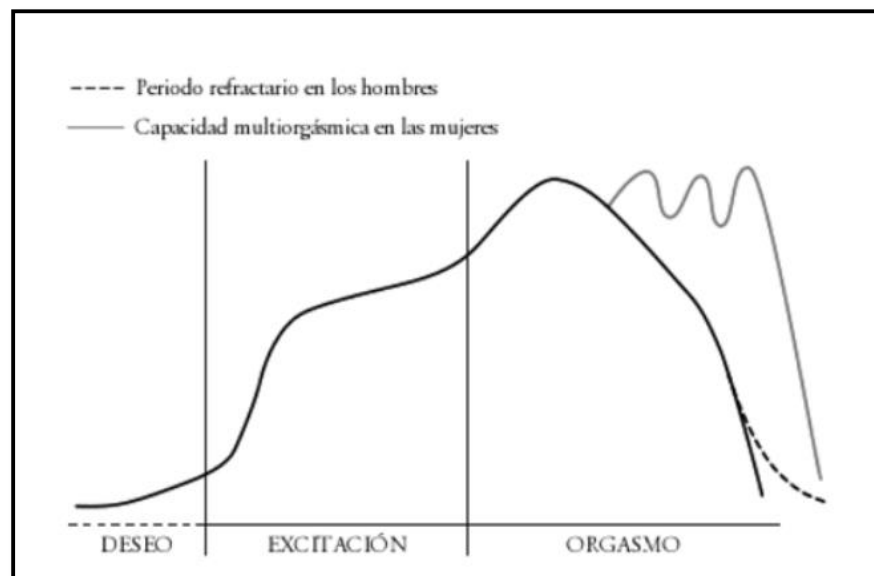
Anexo 1: Respuesta sexual humana.

Figura 1: Modelo lineal respuesta sexual humana por Masters y Johnson (1966).



Fuente: La sexualidad humana de William H. Masters y Virginia E. Johnson (Masters et al., 1987).

Figura 2: Fases de la respuesta sexual humana por Helen Singer Kaplan (1979).



Fuente: La nueva terapia sexual por Helen Singer Kaplan (Kaplan, 2014).

Anexo 2: Hoja informativa de la puérpera para la participación en el estudio.**Invitación a participar:**

Apreciada señora,

Le invitamos a participar en el estudio **“Vivencia de la sexualidad en el posparto: Percepciones y necesidades de salud de las mujeres”**.

La finalidad de este estudio es comprender cuál es la vivencia de la sexualidad de las mujeres durante la etapa del posparto atendidas en las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del área sanitaria del Garraf. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y la Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol y Gurina (IDIAPJGol).

Desarrollo del estudio: Los datos serán recogidos a través de entrevistas individuales llevadas a cabo por la investigadora principal donde se le realizarán preguntas entorno a la vivencia de su sexualidad en el posparto y sus respuestas serán registradas por medio de una grabadora para su posterior análisis. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de entre 45 y 60 minutos, se realizarán alrededor de las 12 semanas posparto y se le facilitará que el día, lugar y hora de la entrevista sea escogido libremente en función de su disponibilidad.

Todos los datos recogidos sobre su participación serán confidenciales. En las hojas de recogida de información solamente constará el número que se le haya asignado en el estudio y en el informe final o en caso de comunicar la información a la comunidad científica se mantendrá su identidad en el anonimato.

Se le informa, tal como se prevé en la Ley Orgánica 3/2018, de regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal, que éstos podrán ser objeto de tratamiento automatizado y de los derechos que asisten a los participantes del estudio de consultar, modificar o eliminar del fichero sus datos personales.

Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede retirarse del mismo. Si decide hacerlo no tendrá ninguna consecuencia en la asistencia sanitaria que usted recibe.

Una vez leída esta información, en caso de que quiera participar, deberá firmar el consentimiento informado.

Agradezco de antemano su participación y quedo a su disposición ante cualquier duda o pregunta que pueda surgir,

Lidia Saiz Sans

Investigadora principal

Email: saizlidia776@gmail.com

Hoja informativa de la pareja para la participación en el estudio.**Invitación a participar:**

Apreciada señor/a,

Le invitamos a participar en el estudio **“Vivencia de la sexualidad en el posparto: Percepciones y necesidades de salud de las mujeres”**.

La finalidad de este estudio es comprender cuál es la vivencia de la sexualidad de las mujeres durante la etapa del posparto atendidas en las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del área sanitaria del Garraf. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y la Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol y Gurina (IDIAPJGol).

Desarrollo del estudio: Los datos serán recogidos a través de grupos de discusión llevados a cabo por la investigadora principal. En ellos, intervendrán otras parejas y se discutirán temas entorno a la vivencia de la sexualidad de su pareja desde su punto de vista. Sus respuestas serán registradas por medio de una grabadora para su posterior análisis. Los grupos de discusión tendrán una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos, se realizarán alrededor de las 12 semanas posparto y se llevarán a cabo en una de las salas de reuniones de los ASSIR.

Todos los datos recogidos sobre su participación serán confidenciales. En las hojas de recogida de información solamente constará el número que se le haya asignado en el estudio y en el informe final o en caso de comunicar la información a la comunidad científica se mantendrá su identidad en el anonimato.

Se le informa, tal como se prevé en la Ley Orgánica 3/2018, de regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal, que éstos podrán ser objeto de tratamiento automatizado y de los derechos que asisten a los participantes de consultar, modificar o eliminar del fichero sus datos personales.

Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede retirarse del mismo. Si decide hacerlo no tendrá ninguna consecuencia en la asistencia sanitaria que usted recibe.

Una vez leída esta información, en caso de que quiera participar, deberá firmar el consentimiento informado.

Agradezco de antemano su participación y quedo a su disposición ante cualquier duda o pregunta que pueda surgir,

Lidia Saiz Sans

Investigadora principal

Email: saizlidia776@gmail.com

Hoja informativa de la matrona para la participación en el estudio.**Invitación a participar:**

Apreciada,

Le invitamos a participar en el estudio **“Vivencia de la sexualidad en el posparto: Percepciones y necesidades de salud de las mujeres”**.

La finalidad de este estudio es comprender cuál es la vivencia de la sexualidad de las mujeres durante la etapa del posparto atendidas en las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del área sanitaria del Garraf. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y la Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol y Gurina (IDIAPJGol).

Desarrollo del estudio: Los datos serán recogidos a través de grupos de discusión llevados a cabo por la investigadora principal donde se discutirán con otras matronas temas entorno a las necesidades de atención de salud sexual de las púerperas desde su perspectiva. Sus respuestas serán registradas por medio de una grabadora para su posterior análisis. Los grupos de discusión tendrán una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos, se realizarán alrededor de las 12 semanas posparto y se llevarán a cabo en una de las salas de reuniones de los ASSIR.

Todos los datos recogidos sobre su participación serán confidenciales. En las hojas de recogida de información solamente constará el número que se le haya asignado en el estudio y en el informe final o en caso de comunicar la información a la comunidad científica se mantendrá su identidad en el anonimato.

Se le informa, tal como se prevé en la Ley Orgánica 3/2018, de regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal, que éstos podrán ser objeto de tratamiento automatizado y de los derechos que asisten a los participantes del estudio de consultar, modificar o eliminar del fichero sus datos personales.

Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede retirarse del mismo. Si decide hacerlo no tendrá ninguna consecuencia en la asistencia sanitaria que usted recibe.

Una vez leída esta información, en caso de que quiera participar, deberá firmar el consentimiento informado.

Agradezco de antemano su participación y quedo a su disposición ante cualquier duda o pregunta que pueda surgir,

Lidia Saiz Sans

Investigadora principal

Email: saizlidia776@gmail.com

Anexo 3. Consentimiento informado para la participación en el estudio.

Título del estudio: **Vivencia de la sexualidad en el posparto: Percepciones y necesidades de salud de las mujeres.**

Yo (Nombre y apellidos del participante)
con DNI/NIE

- ✓ He leído y comprendo la hoja de información que se me ha entregado.
- ✓ He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- ✓ He recibido suficiente información sobre el estudio.

He sido informada por (Nombre y apellidos de la matrona)
de manera clara y precisa.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- ✓ Cuando quiera.
- ✓ Sin tener que dar explicaciones.
- ✓ Sin que esto repercuta en mi atención sanitaria.

Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En, el de del 20....

(Población y fecha)

Firma del participante

Firma de la matrona

Anexo 4: Hoja de recogida de datos de la puérpera.**Nombre y apellidos:****Teléfono de contacto:****Correo electrónico:****1. Edad:****Lugar de procedencia:****2. Estudios:**

- Estudios primarios ☐
- Estudios secundarios ☐
- Bachillerato ☐
- Formación profesional ☐
- Universitarios ☐

3. Empleo:

- Si ☐
- No ☐

Ocupación:

4. Núcleo familiar:

.....

5. Pareja:

- Si ☐
- No ☐

Convive:

- Si ☐
- No ☐

Género de la pareja:

- Hombre ☐ - Mujer ☐

6. Datos obstétricos:

4.1. Paridad:

- Primípara ☐ - Multípara ☐

4.2. Tipo de parto:

- Eutócico ☐ - Instrumentado ☐ - Cesárea ☐

4.3. Trauma perineal:

- Periné íntegro ☐ - Laceración/Desgarro ☐ - Episiotomía ☐

4.4. Lactancia:

- Lactancia materna ☐ - Lactancia artificial ☐ - Lactancia mixta ☐

Anexo 5: Guion de la entrevista semi-estructurada en profundidad para las mujeres.

1. Presentación y agradecimiento por su participación.
2. Documentación: Hoja informativa de la puérpera para la participación en el estudio, consentimiento informado y cumplimentación de la hoja de recogida de datos.
3. Importancia subjetiva de la sexualidad para las mujeres.
4. Vivencia de la sexualidad antes del embarazo.
5. Cambios físicos y emocionales en el posparto.
6. Relación de pareja y nuevos roles en el posparto.
7. Cambios en la expresión de la sexualidad en el posparto.
8. Dificultades y necesidades de salud sexual en el posparto.
9. Información recibida de salud sexual en el posparto por las matronas.

Duración aproximada de la entrevista: entre 45 y 60 minutos.

Anexo 6. Grupos de discusión

Función del moderador y observador en el grupo de discusión.

- **El moderador → Investigadora principal.**

Será la encargada de dirigir al grupo durante su interacción. Inicialmente, expondrá el propósito de la investigación y presentará el instrumento de registro de datos, grabadora, que se colocará en el centro de la mesa. Dispondrá de una lista de temas como guía (Anexo 6) que le ayudarán a plantear al grupo el tema a discutir, moderándolo hacia una particular dirección de acuerdo a los objetivos del estudio y controlando el tiempo. Será la responsable de crear un ambiente de confianza, motivar e desinhibir a los participantes, para que hablen con total libertad.

- **El observador → investigador colaborador en el estudio**

Será el encargado de observar la interacción del grupo así como de la comunicación no verbal de cada uno de sus miembros, será el encargado de tomar notas en el diario de campo así como de recordar algunos temas olvidados por parte del moderador.

Guía de temas a desarrollar en los grupos de discusión.

Grupo de discusión: Parejas

Objetivo → Explorar la percepción de la vivencia de la sexualidad de la mujer desde la perspectiva de las parejas.

- Vivencia de la sexualidad desde la perspectiva de las parejas.
 - Percepción de la influencia de los cambios físicos/psicológicos de la pareja en la sexualidad.
 - La adaptación a un nuevo rol y su influencia en la sexualidad de la pareja.
 - Formas de acercamiento y de expresión de la sexualidad.
 - Dificultades y necesidades percibidas entorno a la sexualidad.
 - Estrategias de afrontamiento ante las dificultades y necesidades percibidas.

Grupo de discusión: Matronas

Objetivo → Identificar la percepción de las matronas con relación a las necesidades de atención de salud sexual de las mujeres.

- Percepción de la influencia de los cambios físicos/psicológicos de la mujer en la sexualidad.
- Inquietudes, dudas y temores de las mujeres entorno a la sexualidad en el posparto.
- Estrategias de afrontamiento de las mujeres ante sus dificultades y necesidades percibidas entorno a la sexualidad.
- Atención de la matrona en la salud sexual de las mujeres durante el posparto.

Anexo 7. Diario de campo

DIARIO DE CAMPO			
Actividad		Fecha:	
Investigador/Observador			
Objetivo			
Hora de inicio		Hora de finalización:	
Lugar			
Técnica aplicada			
Participantes que intervienen			
Descripción de actividades, relaciones y comportamientos		Consideraciones interpretativas/analíticas en relación al objetivo de investigación	
Observaciones			

Anexo 8. Presupuesto.

GASTOS	COSTE (€)
Recursos materiales	
<ul style="list-style-type: none"> - Equipamiento inventariable: <ul style="list-style-type: none"> - Grabadora de voz Sony ICD-UX533 - Licencia Programa informático NVivo 12 Pro Windows - Ordenador portátil - Pendrive 	109€ 550€ 1000€
<ul style="list-style-type: none"> - Material fungible: <ul style="list-style-type: none"> - Libretas y Bolígrafos - Fotocopias: Hojas de recogida de datos, de información del proyecto y de consentimiento informado - Impresión de las transcripciones: entrevistas y GD - Material de uso informático: cartuchos de tinta 	250€
SUBTOTAL	1909€
Trabajo de campo	
<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamientos entrevistas y grupos de discusión 	100€
SUBTOTAL	100€
Difusión del estudio	
<ul style="list-style-type: none"> - Artículo en revista con factor de impacto - Inscripción a Congresos y Jornadas (inscripción, desplazamiento y alojamiento (2 investigadores) 	1500€ 1200€
SUBTOTAL	2700€
TOTAL DEL PRESUPUESTO	4709€

Anexo 9. Cronograma.

FASES	MESES	Sep19	Oct19	Nov19	Dic20	Ene20	Feb20	Mar20	Abr20	May20	Jun20	Jul20	Ago20	Sep20	Oct20	Nov20	Dic20	Ene21
PRIMERA FASE	Revisión y actualización de la literatura																	
	Solicitud permisos coordinación ASSIR y matronas																	
	Solicitud de autorización al Comité de ética de investigación e IDIAPJGol																	
	Elaboración guion entrevista y grupos de discusión																	
SEGUNDA FASE	Informar del estudio a las matronas de los respectivos centros																	
	Selección participantes																	
	Recogida de información de las entrevistas y grupos de discusión																	
TERCERA FASE	Análisis e interpretación: Transcripción entrevistas y grupos de discusión. Triangulación																	
	Elaboración de memoria final																	
	Difusión de resultados																	

